

Soc. psihijat., 43 (2015) 243 – 249

Prikaz bolesnika

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP LIJEČENJU KRONIČNE BOLI

MARINA LETICA CREPULJA^{1,2}¹*Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i*²*Zavod za psihološku medicinu, Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska*

Bol je složeni biopsihosocijalni fenomen, a ne samo osjetni doživljaj. Kronična bol zahvaća sve aspekte osobe: tjelesni, spoznajni, osjećajni, društveni, radni, spolni i duhovni. Pacijenti se nerijetko žale i na druge simptome kao što su anksioznost, depresivno raspoloženje, nesanica, umor i drugi. Cilj ovog rada jest da prikazom psihoterapijskog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom iznijeti osnovu razumijevanja, konceptualizacije, primjene tehnika i evaluacije u kognitivno-bihevioralnom pristupu.

Pacijent je bio u kognitivno-bihevioralnom tretmanu zbog glavobolje koja traje godinu dana. Tjelesna bolest je reaktivirala bazično vjerovanje o vlastitoj bespomoćnosti rezultirajući izbjegavajućim i sigurnosnim ponašanjima koja su dodatno pojačala anksioznost i depresivno raspoloženje. Ciljevi tretmana usmjereni su na adekvatnije suočavanje s boli, povećanje tjelesne aktivnosti i socijalnu aktivaciju. Primijenjene su sljedeće tehnike: psihoedukacija, samomotrenje i bihevioralna aktivacija, tehnike opuštanja, tehnike preusmjerenja pažnje, kognitivno restrukturiranje, bihevioralni eksperiment i prevencija povrata simptoma. Evaluacija: Kognitivno-bihevioralnom terapijom postignuta je redukcija intenziteta i trajanja boli, smanjenje razine depresivnosti i anksioznosti i značajan porast kvalitete života uz povratak na posao, aktivnije sudjelovanje u obiteljskom i društvenom životu. Autorica zaključuje da je kognitivno-bihevioralna terapija važan dio multimodalitnog i multidisciplinarnog tretmana pacijenata s kroničnom boli.

Ključne riječi: kronični bolni sindrom, kognitivno-bihevioralna terapija

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.
Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Cambierieva 17
51 000 Rijeka, Hrvatska
E-pošta: marinalc@medri.uniri.hr

UVOD

Bol, kronična bol, kronični bolni sindrom

Bol je složeni biopsihosocijalni fenomen (1). Najšire prihvaćena definicija boli je ona Međunarodnog udruženja za izučavanje boli koja kaže da je bol neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva (2). Bol je uvijek subjektivan doživljaj, te se mnogi ljudi na nju žale i u odsutno-

sti oštećenja ili nekog drugog patofiziološkog čimbenika. Praktično ne postoji način koji bi omogućio razlikovanje njihovog iskustva od iskustva onih kod kojih takvo oštećenje postoji. Tu činjenicu uvažava i navedena definicija koja ne povezuje bol s određenim stimulusom čime je izbjegnuto poistovjećivanje nocicepcije kao fiziološke osnove za prijenos bolnih podražaja i boli koja obuhvaća

puno više dimenzija od bolnog osjeta. Kronična bol se najčešće razvija postupno i traje mjesecima ili godinama. Za razliku od akutne boli, nema korisnu funkciju upozorenja na patološki proces ili oštećenje, traje dulje od uobičajenog vremena potrebnog za oporavak tkiva i bolest je sama za sebe. Kronična bol zahvaća sve aspekte osobe: tjelesni, spoznajni, osjećajni, društveni, radni, spolni i duhovni, a veliko je i zdravstveno, ekonomsko i socijalno opterećenje. Kronični bolni sindrom je multidimenzionalno kronično bolno stanje kod kojeg se uz bol, javljaju i drugi simptomi kao što su anksioznost, depresivno raspoloženje i subjektivni osjećaj patnje, nesanica, umor, smanjena tjelesna aktivnost, promjene u ponašanju, kognitivne smetnje, smanjena seksualna aktivnost i promjene u socijalnim kontaktima. Kronični bolni sindrom je slabo definiran, a dijagnostički kriteriji nespecifični što izaziva prijeponu oko mjesta u klasifikacijskim sustavima. Unatoč prigovorima kako pacijenti s ovim poremećajem neopravdano dobivaju psihijatrijsku dijagnozu (3,4), kroničnom bolnom sindromu se najčešće pribraja šifra Bolnog poremećaja prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, 5. izdanje (5) ili Perzistirajućeg somatoformnog bolnog poremećaja prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (6).

Primjena kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u tretmanu kronične boli

Objavom teorije ulaznih vrata (*The Gate control theory*), 1965. godine počinje novo razdoblje u razumijevanju mehanizama nastanka i prijenosa boli (7). Prema ovom modelu bolni signali se mogu modulirati. Naime, „vrata“ u mozgu mogu biti otvorena ili zatvorena čime se iskustvo boli može pojačati ili umanjiti. Tvorcima teorije, Melzack i Wall njome su dali znanstveno objašnjenje ranije uočenih psihosocijalnih dimenzija u doživljaju boli. Melzack je zaključio da je bol multidimenzionalni kompleks s brojnim osjetnim, emocionalnim i kognitivnim komponentama što je predstavljalo osnovu za primjenu psihoterapije u tretmanu kronične boli. Kako je istaknuto u teoriji učenja (8), socijalni i okolišni čimbenici značajno utječu na bolesničko ponašanje i razinu disfunkcionalnosti. U začetcima primjene psihoterapijskih metoda prevladavale su bihevioralne tehnike kojima se nastojalo zamijeniti ponašanje i uloga bolesnika poželjnijim ponašanjem koje je uključivalo veću aktivaciju, samostalnost i participiranje u svim ranijim područjima života. Nakon razdoblja isključivo bihevioralnih tehnika istraživanja su bila više usmjerena na proučavanje utjecaja kognitivnih procesa na ponašanje i emocionalno reagiranje. Rezultati su ukazivali na povezanost vjerovanja, procjene boli, kognitivnih distorzija (poput katastrofizacija, generalizacija, dihotomnog mišljenja i sl.), te izbjegavajućeg ponašanja s jačinom boli i vezanih poteškoća uključujući redukciju aktivnosti, narušeno funkcioniranje, depresivno raspoloženje (1,9-11). Nakon početne primjene kognitivnih

tehnika u liječenju depresije (12), navedena istraživanja su doprinijela primjeni ovih tehnika i u drugim indikacijskim područjima. Prvi sveobuhvatni prikaz kognitivno-bihevioralnih tehnika u liječenju kronične boli objavljen je u radu Turka, Meichenbauma i Genesta 1983. godine (13). Najčešće primjenjivane tehnike su bihevioralna aktivacija, tehnike opuštanja, tehnike rješavanja problema, planiranje postupnog povećanja dnevnih aktivnosti i kognitivno restrukturiranje. Brojna randomizirana kontrolirana istraživanja potvrđuju učinkovitost KBT u liječenju kronične boli. U zaključcima recentnog Cochrane sustavnog pregleda stoji da je KBT učinkovit tretman u liječenju kronične boli osobito u usporedbi s listom čekanja ili uobičajenim tretmanom, te da nema potrebe za daljnjim provođenjem randomiziranih kontroliranih istraživanja koja bi ispitala učinkovitost ovog pristupa (14) čime se potvrđuju rezultati ranije provedenih sustavnih pregleda i meta-analiza (15). Skromniji rezultati u odnosu na druge aktivne tretmane nameću potrebu za daljnjim istraživanjima kojima bi se ustanovilo koje su KBT tehnike učinkovite kod određenih tipova pacijenata i pokušalo dati odgovore na pitanje zašto (14). Postoje i sustavni pregledi, te meta-analize kojima se željelo istražiti kolika je učinkovitost KBT u bolnim sindromima vezanim za određeni tip boli ili određeno tjelesno područje. Istraživanja učinkovitosti KBT u tretmanu kronične boli u leđima ukazuju na dobre rezultate liječenja u odnosu na listu čekanja u smanjenju jačine boli, ali ne i kvaliteti života i smanjenju depresivnih simptoma (16). Novija Cochraine meta-analiza ukazuje na učinkovitost bihevioralnih tretmana na smanjenje jačine boli u leđima osobito tijekom i neposredno nakon tretmana, te slabijim učinkom u dugotrajnom praćenju. U zaključku se ističe potreba za većom kvalitetom znanstvenih istraživanja čime bi se povećala pouzdanost dobivenih rezultata (17). Sustavni pregled bihevioralnih tretmana glavobolje ukazuje na smanjenje intenziteta boli za 30-60 % nakon tretmana (18). U Cochraine sustavnom pregledu učinkovitosti KBT kod orofacijalne boli zaključuje se da primjena KBT rezultira dugoročnim poboljšanjima u obliku smanjenja jačine boli, depresije i povećanja aktivnosti, no i ovdje se ukazuje na potrebu za kvalitetnijim istraživanjima kojima će se s većom pouzdanošću potkrijepiti rezultate (19). Nadalje, meta-analize potvrđuju učinkovitost KBT i u tretmanu artritisa i fibromialgije (20,21).

Kao i svaka druga znanstveno utemeljena metoda, KBT se mijenja, evoluirala. Uvode se nove tehnike poput kognitivno-bihevioralne terapije zasnovane na usmjerenoj svjesnosti i terapije prihvaćanjem i posvećenošću. Naglasak je na procesu mišljenja i promjenama u načinu na koji mislimo, tj. doživljavamo i prosuđujemo svoje misli više nego na sadržaju misli. U liječenju kronične boli se iskustvenim metodama više potiče promjena odgovora osoba s kroničnom boli na simptom nego promjenu samog simptoma (22).

CILJ RADA

Cilj rada je prikazom psihoterapijskog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom iznijeti osnovu razumijevanja, konceptualizacije, primjene tehnika i evaluacije u kognitivno-bihevioralnom pristupu.

PRIKAZ PACIJENTA

Opći podatci

Pacijent u dobi od 31 godine, SSS, zaposlen, živi sa majkom i bratom koji je stopostotni invalid. Javlja se zbog svakodnevnih vrlo intenzivnih glavobolja. Nikada nije imao značajnijih zdravstvenih problema, bio je zadovoljan obiteljskim funkcioniranjem, rado se družio, imao hobije i izlazio s prijateljima. Radio je, bio učinkovit u rješavanju problema, posvećen poslu koji je volio i u kojem je imao jako dobre rezultate.

Opis problema

Prije godinu dana, „iz punog zdravlja“, bez ikakvih prethodnih simptoma, pacijent je osjetio razdiruću bol u glavi nakon koje je uslijedio epileptični napadaj. Događaja se sjeća fragmentarno, nejasno, ono što najbolje pamti je „smrtna“ bol u glavi. Prevezen je u KBC Rijeka i hitno operiran zbog intrakranijskog krverjenja koje je posljedica puknuća moždane aneurizme. Nakon početnog poboljšanja stanja uslijedile su komplikacije s povećanjem intrakranijskog tlaka i infekcijom zbog čega je u tri navrata ponovno podvrgnut kirurškim zahvatima tijekom narednih 6 mjeseci kojima je uspostavljen uredan intrakranijski tlak i dobro opće stanje bez neuroloških posljedica. Nakon ot-

pusta, redovito se kontrolira u neurokirurškoj ambulanti, dijagnostičke pretrage ukazuju na stacionaran nalaz nakon operacije, a liječnici su mu preporučili postupni povratak ranijem načinu života bez posebnih ograničenja. Mada su ga liječnici uvjeravali da više nema organske osnove za takav intenzitet tegoba, on i dalje osjeća vrlo jaku glavobolju, brine za svoje zdravlje i život, pita se što će dalje biti s njim, ne spava dobro, pojačano se znoji, osjeća pritisak u prsištu, grč u želucu, nadutost zbog čega jede samo hranu za dojenčad i tekuće nutritivne pripravke. Osjetljiv je na promjene vremena, toplinu, zagušljive prostore. Na bolovanju je, povlači se, zanemaruje druženja, vrijeme provodi u kući, ne izlazi bez pratnje, obitelj je zabrinuta. Odlazi redovito i u ambulantu za bol, uzima analgetike koji pružaju ograničeni terapijski učinak, te mu je preporučen psihijatrijski pregled. Tijekom psihijatrijskog intervjua, uz iscrpne anamnestičke podatke, učini se i inicijalna evaluacija primjenom numeričke analogne ljestvice za ocjenu intenziteta boli od 0 do 10. Anksioznost je procijenjena primjenom Beckove ljestvice za anksioznost (23), depresivnost primjenom Beckove ljestvice za depresivnost (24), kvaliteta života Ljestvicom kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol (25) (sl. 1).

Psihologijskom obradom je potvrđeno mnjestičko funkcioniranje na razini prosjeka, bez odstupanja u smislu organske cerebralne disfunkcije. Upitnik ličnosti ukazuje na dominantnu zaokupljenost tjelesnim funkcioniranjem, a anksioznost konvergira u somatske smetnje, uz naglašenu potrebu za socijalnim priznavanjem. Postavljena je dijagnoza Kronični bolni sindrom (Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj) F45 (6). Dogovoren je psihoterapijski tretman prema kognitivno-bihevioralnim principima.

The American Chronic Pain Association
Ljestvica kvalitete života
(mjerjenje razine funkcioniranja za osobe s kroničnom boli)

Disfunkcionalnost

1. Cijeli dan sam u krevetu. Osjećam se beznačajno i bespomoćno.
2. Ostajem u krevetu najmanje pola dana. Nemam kontakata s vanjskim svijetom.
3. Obučem se ujutro. Minimalne aktivnosti doma. Kontakti telefonom, preko e-pošte.
4. Napravim sitne poslove kod kuće. Minimalne aktivnosti izvan kuće dva dana u tjednu (na početku tretmana)
5. Mučim se, ali ispunim dnevne kućne obaveze. Bez vanjskih aktivnosti. Nisam u stanju raditi.
6. Radim ograničeni broj sati. Sudjelujem u ograničenim socijalnim aktivnostima tijekom vikenda (na kraju tretmana).
7. Radim nekoliko sati/dan. Mogu biti aktivan barem pet sati/dan. Mogu raditi planove za jednostavne aktivnosti tijekom vikenda.
8. Radim najmanje 6 sati/dan. Imam energije za planiranje društvenih aktivnosti tijekom vikenda. Aktivan vikendom.
9. Radim 8 sati/dan. Sudjelujem u obiteljskom životu. Ograničene društvene aktivnosti vani.
10. Odlazim na posao svaki dan. Normalne dnevne aktivnosti svaki dan. Društveni život i izvan posla. Imam aktivnu ulogu u obiteljskom životu.

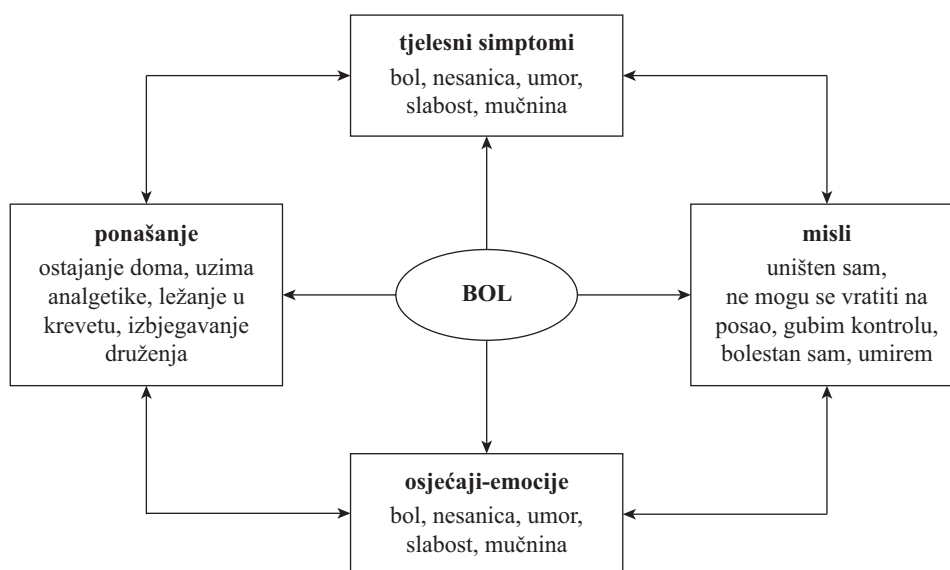
Normalna kvaliteta života

Sl. 1. Ljestvica kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol

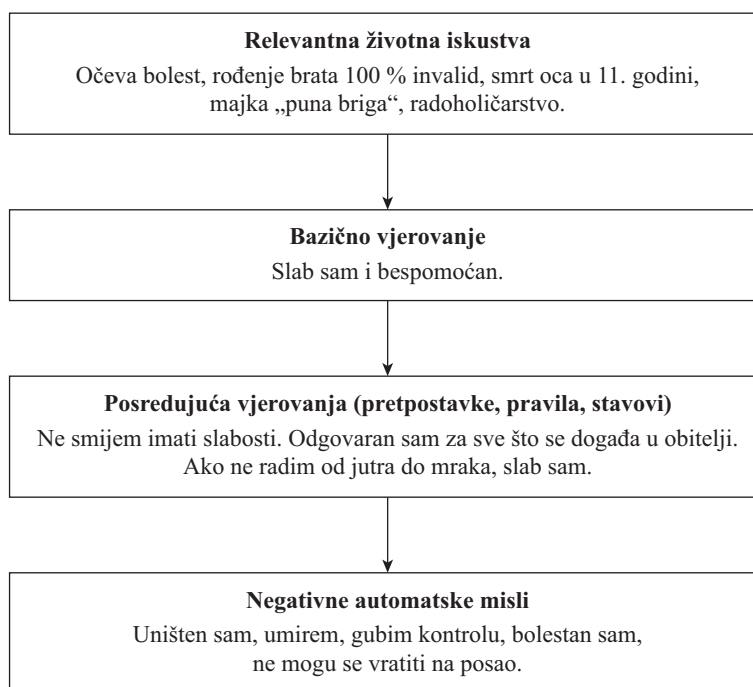
Kognitivna konceptualizacija problema pacijenta

U tretmanu je primijenjeno znanje i iskustvo stečeno tijekom tri stupnja edukacije iz kognitivno-bihevioralne terapije koju provodi Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT), te nekoliko priručnika za terapeute (26-28). Na sl. 2 je prikazan pacijentov „začarani krug“ kronične boli koji uključuje osjetnu, emocionalnu, kognitivnu, ponašajnu komponentu koja ga održava. Na sl. 3 prikazana je konceptualizacija problema koja prikazuje

povezanost pacijentovih automatskih negativnih misli s posredujućim vjerovanjima (stavovi, pravila, pretpostavke) i bazičnim vjerovanjem o vlastitoj bespomoćnosti. Tjelesna bolest je reaktivirala bazično vjerovanje koje proizlazi iz relevantnih životnih iskustava rezultirajući silaznom spiralom kognitivnih distorzija (najčešće su bile katastrofizacije, dihotomno mišljenje, imperativi) na razini posredujućih vjerovanja i automatskih negativnih misli, te izbjegavajućim i sigurnosnim ponašanjima koja su dodatno



Sl. 2. „Circulus vitiosus – začarani krug“ kronične boli



Sl. 3. Kognitivna konceptualizacija

pojačala anksioznost i depresivno raspoloženje. Tijekom tretmana, primjenom kognitivnih i bihevioralnih tehnika postignuta je promjena kognitivnih shema koje narušavaju kvalitetu života bolesnika. Promijenila se i percepcija boli kao upozorenja na bolesno stanje organizma, bol je prihvaćena kao stvarna i objektivno prisutna, a ne kao rezultat subjektivne odgovornosti i krivnje pacijenta, postignuto je adekvatnije suočavanje koje podrazumijeva postupno prihvaćanje kronične boli i činjenice da katkada nije moguće postići potpuni prestanak boli.

Cilj tretmana

Ciljevi tretmana bili su usmjereni na adekvatnije suočavanje s boli, povećanje tjelesne aktivnosti i socijalnu aktivaciju

Tijek tretmana i primijenjene tehnike

Tijekom 6 mjeseci održano je 14 susreta, sve terapijske seanse su snimane uz pristanak pacijenta.

1. *Psihoedukacija.* Pacijent je upoznat s time kako misli, osjećaji i ponašanja održavaju krug boli, te prepoznao da bol doživljava tjelesno, ali i emocionalno. U vlastitim životnim situacijama je prepoznao sve navedene komponente boli. Na primjeru fantomske boli pojašnjen mu je i mehanizam doživljavanja boli u odsutnosti oštećenog tkiva.
2. *Samomotrenje.* Pacijent je vodio dnevnik aktivnosti i boli upisujući intenzitet, ali i trajanje boli. Uvidio je kako je bol zavladała većim dijelom dana i u značajnoj mjeri reducirala njegove aktivnosti tijekom dana, dok je preostale aktivnosti promijenio prilagodivši ih doživljaju boli (način na koji spava, jede, ustaje, hoda, radi i sl.). Prepoznao je brojna izbjegavajuća i sigurnosna ponašanja, npr. izbjegavanje vježbanja, izlazaka, kontakata s radnim kolegama, hobija, izlazio je iz kuće samo kad bi morao i nikada bez pratnje, češće posezao za analgeticima.
3. *Bihevioralna aktivacija.* Samomotrenje je bilo osnova za postupnu bihevioralnu aktivaciju. U KBT se uvijek počinje s postupnim uvođenjem ugodnih aktivnosti i to onih koje su pacijentu osobno važne, a nakon toga se uvode manje ugodne aktivnosti i radne obaveze. U tretmanu kronične boli je važno pristupiti na način da se aktivnosti vremenski odrede uz češće odmore, tj. da pacijent obavlja neku aktivnost određeno vrijeme (15 minuta, sat i sl.), a zatim se odmara. Npr. pacijent je u početku odlazio na pikado 15 minuta, a zatim svaki put sve duže, te nije postavljao cilj obaviti određeni broj partija ili npr. sudjelovanje u cijelom turniru.
4. *Tehnike opuštanja.* Pacijent je osjetio korist od progresivne mišićne relaksacije u opuštanju miši-

ća, ali i smanjenju intrapsihičke tenzije i tjeskobe. Teže je prihvaćao tehniku trbušnog disanja osobito u početku tretmana. Korist je bila u tome da je imao više energije, manje bio „u grču“, a tehnika je poslužila i za preusmjeravanje pažnje s boli.

5. *Tehnika preusmjeravanja pažnje.* Pacijent je napravio kartice suočavanja s popisom nekoliko aktivnosti koje su mu odvrćale pažnju s boli i koje je primjenjivao kada bi neka situacija kao okidač pokrenula krug boli.
6. *Kognitivno restrukturiranje.* Pacijent je nastojao tijekom boli zabilježiti misli koje su bol pojačavale i održavale. Tijekom seansi prepoznavao je u njima kognitivne distorzije i posljedične emocionalne reakcije i razinu intenziteta boli. Nakon što su automatske negativne misli tehnikom silazne strelice povezane s posredujućim vjerovanjima i bazičnim vjerovanjem o vlastitoj slabosti, naučio je davati alternativne odgovore koji su djelovali na smanjenje emocionalnog odgovora, povećanje samoučinkovitosti i mijenjanje ishoda na bihevioralnoj razini.
7. *Bihevioralni eksperiment.* Smanjenje neadekvatnih odgovora na situaciju u smislu povlačenja i izbjegavanja omogućilo je i izlaganje situacijama koje su doživljavane opasnim, što je također imalo učinak na distorzirani kognitivni model. Npr. dogovoreno je izlaganje većim okupljanjima ljudi (što je zbog moguće pojave boli ranije izbjegavao). Otišao je s društvom na lokalnu proslavu mladog vina. Unatoč boli, ostao je koliko je planirao, nije se dogodila očekivana katastrofa, te je išao i nekoliko narednih dana. Vlastitim iskustvom se uvjerio u neprimjerenost vlastitih uvjerenja koje je stvorio na temelju pretpostavki.
8. *Prevenција povrata simptoma.* Od početka tretmana pacijent je potican na samostalno provođenje usvojenih tehnika. Zapisivanjem zadaća i bilješki sa seansi pacijent je imao podsjetnik za slučaj pogoršanja. Sve seanse su snimane i pacijent ih je mogao preslušavati kod kuće. Također je isticana potreba i mogućnost generalizacije usvojenih tehnika na različite situacije i različite životne uloge.

EVALUACIJA

Kognitivno-bihevioralnom terapijom postignuta je redukcija intenziteta i trajanja boli i značajan porast kvalitete života, pacijent se vratio ranijim hobijima, vježba svaki dan, intenzivirao je druženja, opušteniji je, bolje raspoložen, manje zaokupljen brigama, samostalno se kreće i izlazi bez pratnje, vratio se na posao. Učinci tretmana na razinu anksioznosti, depresivnosti i kvalitete života su prikazani u tablici 1. Depresivnost je s blago povišene razine

Tablica 1.

Evaluacija učinaka kognitivno-bihevioralnog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom tijekom vremena

	Početak tretmana	1 mjesec od početka tretmana	3 mjeseca od početka tretmana	Kraj tretmana (6 mjeseci od početka)	12 mjeseci od početka tretmana
Intenzitet boli (0-10)	9	8	7	7	
Trajanje boli (sati/dan)	5,5	4	3	1,5	
BAI	40	32	24	17	
BDI	16	11	13	9	
Kvaliteta života (ACPA)	4	4	5	6	9

Skraćenice: BAI-Beckova ljestvica anksioznosti, BAI-Beckova ljestvica depresivnosti, ACPA- Ljestvica kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol

pala ispod razine kliničke značajnosti, dok je anksioznost s razine teže anksioznosti pala na razinu blago povišene.

Pacijent je dragovoljno dao pristanak na dijeljenje i razmjenu informacija u stručnim glasilima i prikaz na stručnim skupovima.

ZAKLJUČAK

Kognitivno-bihevioralna terapija je sastavni dio multimodalitetnog i multidisciplinarnog tretmana pacijenata s kroničnim bolnim sindromom. Time se uz druge modalitete liječenja, pridonosi smanjenju intenziteta i trajanja boli, ali i poboljšanju drugih dimenzija na psihosocijalnoj i kognitivnoj razini čime se značajno utječe na stupanj subjektivnog osjećaja patnje i općeg funkcioniranja, te općenito na poboljšanje kvalitete života pacijenata s kroničnim bolnim sindromom.

LITERATURA

- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007; 133: 581-624.
- H. Merskey, N. Bogduk. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. U: IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain, Second Edition. Seattle: IASP Press, 1994, 209-214.
- Hayes BJ, Craig KD, Wing PC. Diagnostic judgment: Chronic pain syndrome, pain disorder, and malingering. *BCM J* 2002; 44: 312-16.
- Melzack R, Katz J. Pain assessment in adult patients. U: McMahon SB, Koltzenburg M, ur. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5th Ed. London: Elsevier, 2006; 291-304.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: APA, 2013.
- MKB-10 - Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija. Folnegović Šmalc, V. ur. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-9.
- Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, MO: Mosby, 1976.
- Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2011; 7: 216-24.
- Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 745-58.
- Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30: 77-94.
- Beck A, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York, NY: Guilford Press, 1979.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. New York, NY: Guilford Press, 1983.
- Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 14: CD007407.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; 26: 1-9.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW i sur. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 7: CD002014.
- Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci* 2007; 28(Suppl. 2): 70-7.
- Aggarwal VR1, Lovell K, Peters S, Javidi H, Joughin A, Goldthorpe J. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (11): CD008456.

20. Knittle K, Maes S, de Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 1460-72.
21. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010; 151: 280-95.
22. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press, 2004.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
24. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
25. Cowan P, Kelly N. *Quality of Life Scale, A Measure of Function for People with Pain*, American Chronic Pain Association. 2003. http://www.theacpa.org/documents/Quality_of_Life_Scale.pdf
26. Otis JD. *Managing Chronic Pain: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide (Treatments That Work)* 1st Edition. New York, NY: Oxford University Press, 2007.
27. Hadjistavropoulos T, Craig KD, eds. *Pain: Psychological Perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.
28. Moore RJ, ed. *Handbook of Pain and Palliative Care: Behavioral Approaches for the Life Course*. New York, NY: Springer Science+Business Media, 2012.

SUMMARY

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF CHRONIC PAIN

M. LETICA CREPULJA^{1,2}

¹*Chair of Psychiatry and Psychologic Medicine, Medical Faculty, University of Rijeka and*

²*Rijeka University Hospital Center, Department of Psychologic Medicine, Rijeka, Croatia*

Pain is a complex biopsychosocial phenomenon, not just a sensory experience. Chronic pain affects all aspects of a person: physical, cognitive, emotional, social, labor, sexual and spiritual. Patients often complain of symptoms such as anxiety, depressed mood, insomnia, fatigue and others. By describing the psychotherapeutic treatment of a patient with chronic pain syndrome, we will present a basis for understanding, conceptualizing, implementing and evaluating the techniques of the cognitive-behavioral approach. The conceptualization of the problem is as follows: The patient underwent cognitive-behavioral treatment for a headache that had lasted for one year. This physical disease reactivated a basic belief about his helplessness, resulting in avoidance and safety behaviors which reinforced the anxiety and depressed mood. The goals of treatment were to deal adequately with the pain, social activation and increasing physical activity. The following techniques were applied: psychoeducation, self-monitoring and behavioral activation, relaxation techniques, distraction techniques, cognitive restructuring, behavioral experiment and prevention of the recurrence of symptoms. Evaluation: A reduction of the intensity and duration of pain, reduction in levels of depression and anxiety and a significant increase in quality of life including returning to work and active participation in family and social life were achieved by cognitive-behavioral therapy. Conclusion: Cognitive-behavioral therapy is an important part of multimodal and multidisciplinary treatment of patients with chronic pain.

Key words: chronic pain syndrome, cognitive-behavioral treatment (CBT)